FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

764

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

FLAUMENBAUM Renée,

Née le 3 Novembre 1932, à Neuilly-sur-Seine.

Présentée et soutenue publiquement le

DÉPRESSION ET PASSAGE A L'ACTE. APPROCHE D'UNE ÉTUDE COMPARATIVE.

Président : Mr. Léon MICHAUX, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1967

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

FLAUMENBAUM Renée,

Née le 3 Novembre 1932, à Neuilly-sur-Seine.

Présentée et soutenue publiquement le

DÉPRESSION ET PASSAGE A L'ACTE. APPROCHE D'UNE ÉTUDE COMPARATIVE.

Président : Mr Léon MICHAUX, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1967

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546008_0123

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR : ..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR : ..... Jean GOSSET

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	POLONOVSKI (J.)
- -	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)

MM.

Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- -	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- -	KUSS (R.)
- -	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- -	BRICAIRE (H.)
- -	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)

MM.

Bactériologie ..... BARBIER (P.)
Biochimie médicale ..... DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)
Parasitologie ..... LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale ..... LOEPER (J.)
Physiologie ..... (DEJOURS (P.)
(SCHERRER (J.)
Physique médicale ..... (KELLERSHOHN (L.)
(GOUGEROT (L.)
(ROUCAYROL (J.-Cl.)
(TUBIANA (M.
Radiologie médicale ..... FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique ..... DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... SOULIE (P.)
- - (Boucicaut) ..... LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(- ..... BAUMANN (J.)
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) ..... MERLE D'AUBIGNE (R.)
- - - (Foch) ..... PADOVANI (P.)
- - - (Beaujon) ..... CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec) ..... MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis) ..... DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J.)

MM.

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales
(Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
(Broussais ..... MILLIEZ (P.)
(Cochin ..... N...
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine ..... CONTE (M.)
(Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
(Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales
(Baudelocque ..... LACOMME (M.)
(Saint-Antoine ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)
- - (Cochin) ..... BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)

MM.

Clinique de pédiatrie (Trousseau) ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière) ..... SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal) ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
- - (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicale (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... (ANDRE (R.)
(BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)
Médecine ..... (AZERAD (E.)
(BOUR (H.)
(CAROLI (J.)
(DREYFUS (B.)
(GROSSIORD (A.)
(LAMBLING (A.)
(LAUNAY (Cl.)
(PAYET (M.)

MM.

Médecine	(PERRAULT (M.) (SIGUIER (F.) (WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	(POLONOVSKI (Cl.) (ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B.) (MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	(CARTIER (P.) (GONNARD (P.) (NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	(COURSAGET (J.) (GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV.- PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiolog.	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (C.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (C.), Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SOEURS ET MON BEAU-FRERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Léon M I C H A U X

Professeur de Neuro-psychiatrie infantile
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu me faire
l'honneur de présider cette
thèse.

Qu'il veuille bien trouver
ici l'expression de ma
respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Michel SCHWEICH

Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Qui m'a inspiré le sujet de ce travail et m'a guidée dans sa réalisation.

Qu'il trouve ici le témoignage de toute ma reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée et pour son enseignement si chaleureusement dispensé dans son Service.

Au Docteur Henri EY

Avec ma reconnaissance et mon admiration.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

Monsieur le Docteur DESHAIES

Monsieur le Docteur LECONTE

Monsieur le Docteur RONDEPIERRE

Monsieur le Docteur MISÈS

Que je remercie profondément
de leur enseignement au cours
de mon internat.

A Monsieur le Docteur Jean SIGWALD

Mon Maître en Externat et en Internat

Médecin Chef à l'Hospice Paul Brousse

Avec ma gratitude pour la
bienveillance qu'il a bien
voulu me témoigner.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur H.P. KLOTZ

Avec ma respectueuse
affection.

Monsieur le Professeur Léon AUROUSSEAU

Monsieur le Professeur Jean-Marie VERNE

Monsieur le Professeur BOUSSER

Monsieur le Professeur EVEN

Monsieur le Professeur MOZZICONACCI

Madame le Professeur AUBRY

DEPRESSION ET PASSAGE-A-L'ACTE.

APPROCHE D'UNE ETUDE COMPARATIVE

Introduction

Dans la clinique psychiatrique courante, on est frappé par la fréquence des réactions dépressives et du passage-à-l'acte. Ces deux modes d'expression morbide, d'intensité variable, coexistent souvent chez le même sujet, soit simultanément, soit successivement, ce qui nous a amenée à tenter une étude comparative.

Mais comment définir d'abord les termes de notre sujet ?

Nous rencontrons là de sérieuses difficultés :

= Le terme de dépression englobe toute une gamme de manifestations pathologiques, et si certains auteurs n'y voient qu'une différence de degré, d'autres considèrent qu'il faut aussi y ajouter une différence qualitative et distinguer, en particulier, radicalement, les dépressions névrotiques des dépressions psychotiques ou mélancoliques.

Nous nous tiendrons à la définition globale qu'en donne GRUNBERGER de dysphorie spécifique de tonalité particulière, tonalité quasiment impossible à saisir et à décrire, mais qu'on peut, par opposition à l'affect d'angoisse, définir comme un désinvestissement de la vie. "La vie ne vaut pas la peine d'être vécue".

= En ce qui concerne le passage-à-l'acte, les difficultés sont encore plus grandes.

- En clinique psychiatrique, ce terme est généralement réservé à des actes impulsifs violents, agressifs, délictueux, le sujet passant d'une représentation, d'une tendance, à l'acte proprement dit.

- En psychanalyse, le terme d'acting out est usuellement employé, et LAPLANCHE et PONTALIS, dans le Vocabulaire de Psychanalyse (récemment paru), montrent bien les ambiguïtés liées à ce terme, ambiguïtés qui d'ailleurs existaient aussi dans l'esprit de FREUD. Pour FREUD, en effet, "la mise en acte (agieren) consiste dans le fait qu'un sujet, sous l'emprise de ses désirs et fantasmes inconscients, les vit dans le présent avec un sentiment d'actualité d'autant plus vif qu'il en méconnaît l'origine et le caractère répétitif". Par rapport au transfert, le passage-à-l'acte équivaut à méconnaître, à rompre le transfert, l'évocation des conflits faisant place à la mise en acte de ces mêmes conflits. Mais FREUD a confondu ce qui, dans le transfert, est actualisation, et le recours à l'action motrice qui n'est pas nécessairement impliqué dans le transfert.

TRILLAT, dans "Notes sur le Passage-à-l'acte", aborde les difficiles questions que pose le passage-à-l'acte. Comment le différencier, en particulier, du symptôme névrotique et de l'acte banal proprement dit ? Nous verrons plus tard comment il conclut à la double dimension du passage à l'acte :

1/- Une dimension absolue ou strictement personnelle, que l'on peut également qualifier de pulsionnelle et de transférentielle. Cette dimension, considérée seule, peut aussi bien caractériser nos actes banaux de tous les jours que le symptôme névrotique , d'où la nécessité :

2/- d'une deuxième dimension, purement conventionnelle, cette fois, et qui se réfère à une règle admise préalablement.

Le passage-à-l'acte consiste en une transgression de cette règle (C'est la dimension non

personnelle du passage-à-l'acte.)

Je cite : "Dans la formule "agir ce qui doit être verbalisé", l'accent doit porter moins sur le fait d'agir ou de verbaliser, mais sur le terme doit, c'est-à-dire sur la référence à la transgression d'une règle convenue".

Nous écarterons donc les problèmes :

- par rapport ou non au transfert ;
- en dehors ou en dedans de la cure analytique ;
- acte impulsif ou non impulsif ;
- acte au sens strictement moteur du terme ou au sens plus large ;

pour mettre l'accent sur le passage du passé dans le présent, passage dans le présent d'un "comportement" ancien, symbolique d'une situation à la fois hautement individuelle et opposée à la loi générale.

Après cette introduction terminologique, nous aborderons l'étude structurale du problème, étude essentiellement basée sur les travaux psychanalytiques.

D'abord, les travaux principaux que sont ceux de FREUD, d'ABRAHAM et de Mélanie KLEIN ; puis les études plus récentes, en particulier en ce qui concerne le passage-à-l'acte et les personnalités psychopathiques, moins bien étudiés par les premiers auteurs. Nous essaierons, au fur et à mesure, de dégager les principaux traits identiques et distinctifs des deux manifestations morbides étudiées.

Dans les deux cas, l'objet perdu, qui équivaut à une perte de l'intégrité narcissique, est au coeur du problème. On pourrait dire qu'il s'agit de deux formes de distorsion du deuil normal, ou plutôt des deuils normaux, que tout sujet doit accomplir néces-

sairement au cours de son évolution. Ces distorsions engendrent, dans les deux cas, une culpabilité inconsciente particulièrement vive. La perte objectale ou blessure narcissique est niée :

- niée par introjection, donc intériorisation dans la dépression ;
- niée au contraire par extériorisation dans le passage à l'acte.

Si nous mettons en exergue la perte objectale ou blessure narcissique, alors qu'habituellement elle est souvent considérée comme le lot de la dépression uniquement, c'est parce que nous avons cru dégager, dans les travaux étudiés, qu'il s'agit là d'un phénomène inévitable universel dans l'évolution du développement humain.

Tout sujet se trouve nécessairement confronté au deuil du sein maternel, puis au deuil du père tué fantasmatiquement dans la thématique oedipienne, et ceci dans les deux sexes. Ces deuils sont normalement surmontés par les premières identifications. C'est l'échec de ces premières identifications qui conditionne les troubles ultérieurs.

ETUDE HISTORIQUE

= En 1911, Karl ABRAHAM, dans "Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins", ouvre le dossier de l'étude de la dépression.

La dépression, dit-il, est "aussi répandue que l'angoisse dans toutes les formes de névroses et de psychoses". C'est un symptôme, un état émotionnel qui peut appartenir aussi bien à la névrose qu'à la psychose et qui, comme l'angoisse, est issue du refoulement, c'est-à-dire déterminée par des motifs inconscients. Mais si l'angoisse est liée à la peur, la peur d'un malheur à venir, la dépression est liée au deuil, au deuil d'un malheur réalisé. "Le névrosé, dit-il, est saisi d'angoisse lorsque sa pulsion tend vers une satisfaction que son refoulement lui interdit d'atteindre. La dépression survient lorsqu'il renonce à son but sexuel sans succès ni satisfaction. Il se sent incapable d'aimer et d'être aimé ; c'est pourquoi il doute de la vie et de l'avenir". "Tout état de dépression contient la tendance à nier la vie."

Après avoir défini l'affect de la dépression, ABRAHAM tente, à partir de 6 cas personnels, de dégager la structure de la psychose dépressive :

- En premier lieu, il est frappé par sa ressemblance avec celle de la névrose obsessionnelle. Dans les deux cas, "la maladie survient toujours du fait d'une disposition haineuse paralysant la capacité à aimer." Mais si ces deux affections ont en commun

le refoulement de la disposition haineuse prévalente à l'origine, elles se séparent ensuite au cours de leur évolution :

- La névrose obsessionnelle crée des buts substitutifs.

- La psychose dépressive se constitue très différemment. Au refoulement, s'associe un mécanisme fréquent dans la psychogenèse de certaines maladies mentales qui nous est connu sous le nom de projection. Cette relation étroite entre projection paranoïaque et dépression sera reprise et développée plus tard par M. KLEIN.

En reprenant les formules de FREUD à propos de la paranoïa, ABRAHAM cherche à aboutir à une formulation semblable en ce qui concerne la genèse des psychoses dépressives :

- Dans la paranoïa, le noyau du conflit est le fantasme réalisant le désir homosexuel :

(1/- Moi (un homme), je l'aime lui (un homme).
(Fantasme contredit et projeté à l'extérieur,
(d'où les formules qui en découlent.
(
(2/- Je ne l'aime pas, car je le déteste.
(
(3/- Je ne l'aime pas, je le déteste, car il me per-
(sécute.

- Dans la dépression, le noyau du conflit est une disposition hostile excessive de la libido.

(1/- "Je ne peux pas aimer les autres, je suis obli-
(gé de les détester".
(
(Cette perception intime douloureuse est refou-
(lée et projetée au dehors. Le sujet se croit
(détesté par son entourage et relie cette hos-
(tilité projetée à des insuffisances psychiques
(ou physiques, d'où la 2me formule :

(2/- "Les autres ne m'aiment pas, ils me détestent..
(car je suis marqué par des insuffisances in-
(nées : c'est pourquoi je suis malheureux,
(déprimé."

Mais les mouvements sadiques refoulés ne se calment pas. Les désirs de vengeance, de violence, qui sont patents pendant la phase maniaque, ont toujours tendance à revenir à la conscience, mais sont ramenés au sentiment douloureux d'imperfection personnelle.

Le déprimé est semblable à Richard III, mais alors que celui-ci assume sa vengeance et sa haine, celui-là ne le peut pas, car son "activité pulsionnelle est paralysée par le refoulement". C'est de la répression des mouvements de haine que sont issues les idées de culpabilité, et plus le désir de vengeance est violent, plus grande est la tendance aux idées délirantes de culpabilité. "L'idée de culpabilité recèle l'accomplissement d'un voeu : celui du souhait refoulé d'être un malfaiteur de grand style, d'être plus coupable que tous les autres réunis". Et ABRAHAM remarque encore la similitude qui existe entre cette manifestation et la "toute-puissance de la pensée" chez l'obsédé. La culpabilité érotisée devient masochisme : le patient tire son plaisir de ses souffrances et de sa contemplation de lui-même. "Ainsi, au fond de la misère mélancolique, nous trouvons une source cachée de jouissance".

ABRAHAM aborde encore, dans cet article princeps :

- le problème de la compensation pendant l'intervalle libre, compensation liée aux sublimations de la libido sadique. La dépression proprement dite "balaie" ces sublimations, d'où rétrécissement du champ des intérêts pouvant aller jusqu'à l'inhibition psychique généralisée.

- le problème de l'idée de ruine, liée à l'identification entre libido et argent. "L'idée de ruine

est issue de la perception refoulée de l'incapacité à aimer".

- le problème de la phase maniaque : dont les manifestations apparemment opposées sont en fait issues des mêmes complexes. "Ce qui diffère, c'est la position du malade à l'égard de ces complexes. En état dépressif, il se laisse écraser ; en état maniaque, il enjambe le complexe". La manie survient lorsque le refoulement défaille à sa tâche et la libido, tant positive que négative (amour et haine, désir érotique et hostilité agressive), fait également irruption dans la conscience. Le patient est dans un état qu'il a déjà vécu dans sa petite enfance, au stade où les pulsions n'ont pas succombé au refoulement, où il ne savait encore rien du conflit à venir. Il a le sentiment d'être "comme nouvellement né". Le sommet de la manie est comme une ivresse de liberté.

= En 1916, à la suite de la 3me édition des "Trois Essais sur la Théorie de la Sexualité", ABRAHAM apporte sa seconde contribution à l'étude des états maniaco-dépressifs. Il s'agit d'un article intitulé : "Examen de l'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido". Il s'appuie sur un matériel clinique personnel qu'il a collecté, précise-t-il, sans idées préconçues, et qui vient corroborer l'élaboration théorique freudienne.

Ces faits cliniques, issus de la pathologie ou de la psycho-pathologie de la vie quotidienne, prouvent l'existence d'une organisation orale précoce ou cannibalique pendant laquelle l'activité sexuelle n'est pas séparée de la prise d'aliments.

Le but sexuel est l'incorporation de l'objet. Ces manifestations orales sont :

(- soit le fait d'une fixation à l'auto-érotisme

(infantile ;
(- soit le fait d'une régression à ce mode de jouis-
(sance.

Le sevrage, les fringales, certaines formes de toxicomanie, les suceurs de pouces, les fumeurs, etc ..., sont passés en revue, la satisfaction auto-érotique ayant le double rôle de prévenir l'indisposition et d'écarter l'indisposition déjà installée.

Il envisage également les mêmes symptômes dans leur forme négative : dégoût, anorexie, etc...

Nous nous attarderons davantage sur deux symptômes importants dans les manifestations dépressives: - la peur de mourir de faim, qui se rencontre surtout dans les dépressions de la sénescence, - et le refus alimentaire chez le mélancolique. Il faut se garder de se tenir au contenu manifeste de ces symptômes,et procéder, comme pour le rêve, à la recherche du contenu latent. Le déprimé est en deuil de sa capacité perdue à vivre et sa libido subit une transformation rétrograde.

- Chez les névrosés et à la sénescence, la diminution de la fonction sexuelle entraîne un retour au plaisir plus primitif de la bouche et de l'anus.

- Chez le déprimé mélancolique, la libido régresse au stade le plus précoce. Au niveau inconscient, le mélancolique éprouve vis-à-vis de l'objet un désir d'incorporation, désir de détruire l'objet en l'avalant, en le dévorant. Par les auto-accusations, le sujet se défend de la prise de conscience de ses pulsions cannibaliques. "Le refus alimentaire correspond aux désirs les plus profondément refoulés, comme si l'abstention complète pouvait seule préserver l'objet d'amour et le sujet s'applique à lui-même la sanction correspondant à ses propres désirs : la mort par inanition."

Les pulsions cannibaliques inconscientes existent d'ailleurs aussi chez l'adulte normal. On les

retrouve dans ses rêves. On les retrouve dans les légendes, les mythes, les contes populaires des "peuples dits civilisés".

= Avec "Deuil et Mélancolie", paru en 1917, FREUD apporte à l'étude des états dépressifs une contribution décisive. Il y fait apparaître deux points capitaux :

(- la perte objectale comme élement inaugural ;
(- l'introjection de l'objet comme mécanisme spéci-
(fique.

Son point de départ s'établit, comme l'a déjà fait ABRAHAM, sur une comparaison entre la mélancolie et le deuil. Le deuil, dit-il, est "le prototype normal des troubles psychiques narcissiques". Dans ce cas, l'épreuve de la réalité peut être supprimée ou écartée grâce à la psychose hallucinatoire de désir. Celle-ci s'établit donc en tant que "réaction à une perte" que la réalité affirme, mais que le moi doit nier parce qu'il la trouve insupportable. Le moi brise alors son lien avec la réalité ; il enlève son investissement au système conscient des perceptions, et ce détournement du réel permet aux fantasmes de désir de pénétrer dans le système où ils sont reconnus comme réalité meilleure.

Cliniquement, la mise en parallèle des deux états est justifiée :

- Les causes coïncident : "perte d'une personne aimée ou d'une abstraction érigée en substitut de cette personne telle que patrie, liberté, idéal, etc ...".

- Les symptômes aussi coïncident : dépression douloureuse, désintérêt, inhibition, mais dans la mélancolie existe un symptôme supplémentaire spécifique, la diminution du sentiment de soi qui se tra-

duit par les auto-reproches, les injures à soi-même pouvant aller jusqu'à l'attente délirante du châtiment.

Pourquoi, au lieu du deuil normal, s'instaure cet état pathologique ?

- Les symptômes du deuil s'expliquent aisément par "un don de soi exclusif au deuil". L'objet aimé a cessé d'exister. La libido doit renoncer aux liens qui la rattachent à cet objet, ce qui entraîne une révolte compréhensible, mais parfois si intense que le sujet se détourne de la réalité et se cramponne à l'objet perdu grâce à une psychose hallucinatoire de désir. Normalement, le respect de la réalité l'emporte, mais ce travail se fait "à grand frais de temps et d'énergie d'investissement, cependant que l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement". Le travail du deuil s'accomplit en détail. Il s'accompagne d'une souffrance extraordinaire que nous comprenons mal. Une fois achevé, le moi se trouve à nouveau libre, désinhibé.

- Dans la mélancolie, la perte objectale est souvent moins concrète, mais même, si cette perte est réelle, le malade sait bien qui il a perdu, mais non pas ce qu'il a perdu avec cet être. La mélancolie est donc reliée à une perte objectale qui échappe à la conscience.

En outre, la diminution du sentiment de soi, l'énorme appauvrissement du moi du mélancolique s'opposent au sentiment de l'endeuillé où c'est l'univers qui paraît vide et appauvri. Dans la mélancolie, c'est le moi lui-même.

Les auto-accusations, clamées sans honte par le malade, résultent de l'élaboration intérieure, comparable au deuil, qui ronge son moi et nous reste inconnue. "Il a perdu l'estime de soi et a sans doute pour cela de bonnes raisons. C'est en son moi qu'il a éprouvé une perte" et il serait vain de le contredire.

FREUD alors, selon son procédé habituel, déduit, à partir de la pathologie, une structure générale du moi humain. Dans la mélancolie, se produit un clivage ou spaltung :

"Une partie du moi en vient à s'opposer à l'autre en portant sur cette dernière un jugement critique, en la prenant en quelque sorte pour objet".

L'instance critique, ici séparée du moi de manière aussi nette et que nous apprenons donc à connaître, s'appelle la conscience morale et doit être rangée parmi les grandes institutions du moi avec la censure du conscient et l'épreuve de la réalité.

Si bien qu'on peut comprendre maintenant que "les reproches adressés à soi-même s'adressent en fait à quelqu'un que le malade aime, a aimé ou devrait aimer". Selon la formule maintenant célèbre : "L'ombre de l'objet s'est portée sur le moi". Les plaintes sont des accusations, c'est pourquoi manque la honte dans cette autodépréciation ostentatoire.

Pour résumer le processus :

1/- Un choix objectal avait eu lieu.

2/- Sous l'influence d'une offense, ou d'une déception réelles venant de la personne aimée, un relâchement de la relation objectale s'est produit.

3/- La libido ainsi libérée, à la suite de ce relâchement, au lieu de se déplacer sur un autre objet, s'est retirée dans le moi. Il s'est produit une identification du moi avec l'objet abandonné et le conflit objectal s'est transformé en un conflit intra-psychique.

= Pour qu'un tel processus s'établisse, il faut conjointement qu'il existe une forte fixation à l'objet aimé et une faible résistance de l'investissement objectal ; autrement dit, que le choix objectal ait eu un fondement narcissique. Le but de ce processus, de cette substitution à l'investissement amoureux

d'une identification narcissique, est de conserver à tout prix le lien amoureux. Autrement dit, c'est nier la perte objectale.

FREUD émet donc l'hypothèse (il souligne que ce n'est qu'une hypothèse) qu'un choix objectal de type narcissique constitue la prédisposition à la mélancolie. Mais il n'explique pas pourquoi un tel type de choix se produit. Il n'explique pas la cause première, mais se borne à constater que l'identification représente également le stade préliminaire du choix objectal. "C'est pour le moi sa première manière ambivalente en son expression de distinguer un objet et le moi aspirerait alors à s'incorporer cet objet en le dévorant". Le processus mélancolique est similaire au processus d'identification normal de la phase orale du développement de la libido. Pourquoi se produit une telle régression narcissique ?

C'est l'importance du conflit ambivalentiel primitif qui en est la cause : que l'amour objectal soit conservé, alors que l'objet lui-même a été abandonné. La haine s'attaque alors à cet objet substitutif et le sujet trouve dans cette souffrance même une satisfaction sadique. Comme dans la névrose obsessionnelle, les auto-tourments des mélancoliques sont générateurs de plaisir et sont un moyen de se venger des objets primitifs. "L'investissement amoureux du mélancolique pour son objet a donc subi un double destin : il a, d'une part, régressé vers l'identification et, d'autre part, sous l'influence du conflit ambivalentiel, il a été reporté au stade qui lui est proche, le stade du sadisme".

C'est ce sadisme qui peut seul résoudre l'énigme du suicide : l'hostilité tournée contre le moi représente "la réaction primitive du moi contre les objets du monde extérieur". Ainsi l'objet a bien été supprimé, mais il s'est montré plus fort que le moi.

Au total :

(- perte objectale,
(- ambivalence,
(- régression de la libido dans le moi ou
(introspection,

constituent les trois conditions de la mélancolie.

= En 1924, 13 ans après son premier essai, ABRAHAM fournit sa contribution majeure. Son expérience clinique, les travaux d'autres auteurs (en particulier de son maître FREUD) lui ont permis d'approfondir sa théorisation.

Les bases qu'il avait jetées se sont avérées exactes, en particulier la parenté psychologique de la mélancolie avec la névrose obsessionnelle. Mais où se situe le point de séparation entre ces deux états ? Et quelle est la cause spécifique des troubles circulaires ?

L'obsédé retient son objet, alors que le mélancolique l'abandonne. C'est là une différence essentielle.

A partir des similitudes et des différences existant entre les deux états, ABRAHAM en vient à décrire deux phases opposées dans l'étape sadique anale du développement de la libido, étape pendant laquelle l'objet aimé est assimilé au contenu corporel, la selle.

(- La relation positive à l'objet consiste à se l'approprier en le retenant.
(
(- La relation négative, à refuser cet objet en l'expulsant.

La tendance conservatrice est secondaire et s'est constituée par refoulement de la pulsion origi-

nelle destructrice.

Dans la mélancolie, ce sont les tendances destructrices (évacuer, détruire) qui dominent, alors que, dans la névrose obsessionnelle, dominent les tendances conservatrices (retenir, dominer).

La perte objectale réalisée dans la mélancolie signifie "expulsion de l'objet au sens de l'expulsion corporelle des selles". Les rémissions de la névrose obsessionnelle, l'intervalle libre de la maladie dépressive sont des temps de sublimation réussie des pulsions anales et sadiques. "C'est la rupture des relations objectales qui inaugure la maladie dépressive".

On peut dire que "l'amour objectal" débute précisément à la frontière des deux phases, puisque la tendance conservatrice va maintenant primer. Par rapport à la clinique classique, cette frontière coïncide en quelque sorte avec la délimitation entre névroses et psychoses.

- La perte objectale est suivie d'une introjection de l'objet d'amour perdu, et la psychanalyse, comme précédemment, permet de relier cette introjection à un processus d'incorporation orale encore plus primitif. Cette introjection est également le fait du sujet sain après un deuil, et ABRAHAM cite ici sa propre expérience au cours du deuil de son père.

Ce n'est pas l'introjection en soi qui est pathologique, c'est le terrain sur lequel elle se produit, terrain perturbé par l'importance du conflit ambivalentiel originel.

L'introjection est aussi un essai de restitution. Les fantasmes, les rêves, les associations montrent qu'il s'agit d'un processus oral de réincorporation : dévorer l'objet assassiné. Pour permettre cette régression orale, il faut admettre l'existence de points de fixation datant de cette phase. Dans

les fantasmes cannibaliques, la morsure de l'objet d'amour est l'un des plus fréquents (morsure des seins, du pénis, des bras, des fesses, etc...). Ces impulsions sadiques-orales sont responsables de la souffrance psychique des mélancoliques. Souvent, la nostalgie d'une activité orale coexiste avec les fantasmes oraux effrayants. C'est la nostalgie de la succion du sein maternal donnant pleine satisfaction.

ABRAHAM aboutit, comme pour l'étape sadique-anale, à une bipartition de l'étape orale :

1/- la phase primaire,
liée à la succion, acte d'incorporation, mais qui n'atteint pas l'existence de l'objet.
C'est le stade pré-ambivalent.

2/- une 2me phase sadique-orale, liée à la mordication qui serait la forme primitive de l'impulsion sadique. Les dents sont le premier instrument destructeur. Il faut noter les relations étroites du sadisme avec le système musculaire en général et les énergies les plus considérables de l'enfant s'exercent au niveau de la mastication. A cette seconde étape orale, l'objet est incorporé et détruit. L'ambivalence règne sur la relation du moi à l'objet. C'est même le début et l'apogée du conflit ambivalentiel, la relation à l'objet évoluant progressivement dans le sens de la protection de l'objet, pour aboutir dans les cas heureux au stade génital post-ambivalent.

- Durant l'accès mélancolique, l'ambivalence envers le moi permet la compréhension des auto-accusations où s'opposent"amour et haine de soi, surestimation et sous-estimation de soi, autrement dit les expressions d'un narcissisme positif et d'un narcissisme négatif qui se font face sans nuance ni médiation."

Se pose alors le problème du choix de la névrose. Pourquoi la malaaie maniaco-dépressive plutôt

que l'hystérie ou la névrose obsessionnelle ?

La déception amoureuse est pathogène parce qu'elle est vécue par l'inconscient du malade comme une répétition de l'événement traumatique initial. Dans aucune autre affection, la tendance compulsionnelle à la répétition n'apparaît avec cette force. C'est à partir de cette constatation que FREUD, à la même époque, élabore ses hypothèses sur la dualité des instincts.

Dans la psychogenèse de la mélancolie, ABRAHAM fait intervenir une série de facteurs. Chacun des facteurs en soi peut collaborer à la constitution d'une autre forme de psycho-névrose et seule leur interaction provoque spécifiquement la dépression mélancolique.

Ce sont :

1/- Un facteur constitutionnel ou renforcement constitutionnel de l'érotisme oral permettant

2/- La fixation privilégiée de la libido à l'étape orale du développement.

3/- Blessure grave du narcissisme infantile par déception amoureuse.

On retrouve souvent la constellation suivante : le patient, jusque là préféré de sa mère, subit de sa part une déception vécue comme irréparable. La tentative de se tourner vers le père échoue simultanément ou plus tardivement. Ainsi l'enfant a le sentiment d'un abandon total. Cette déception bilatérale constitue le noyau des tendances dépressives.

4/- Survenue de la première grande déception avant la maîtrise des désirs oedipiens.

La déception est d'autant plus intense que la libido n'a pas suffisamment dépassé le stade narcissique. Le refoulement n'a pas encore maîtrisé

les pulsions oedipiennes et "il s'établit une association durable entre le complexe d'Oedipe et l'étape cannibalique du développement. Ainsi s'opérera l'introjection des deux objets d'amour, c'est-à-dire de la mère, puis du père."

5/- La répétition de la déception primaire, pendant la vie ultérieure, occasionnera la survenue d'une dysphorie mélancolique.

Remarquons, dans l'énumération de ces facteurs, l'importance jouée non seulement par la déception et l'introjection maternelles, mais aussi la déception et l'introjection paternelles. L'hostilité à la mère qui prévaut constamment chez le mélancolique (des deux sexes) indique que le complexe de castration est surtout en rapport avec la mère et il faut bien saisir la double détermination de ce phénomène :

1/- Castration première par le sevrage.

La vengeance primitive est que la mère soit châtrée au niveau du sein ou du pénis fantasmatiques, châtrée par la morsure où s'intriquent convoitise et destruction.

2/- Sur cette hostilité primitive à la mère, se greffe l'hostilité oedipienne par inversion du complexe d'Oedipe. L'inversion du complexe d'Oedipe résulte du conflit ambivalentiel précédent, qui a détourné l'enfant de sa mère et l'a orienté vers le père. Le père, d'abord sauvegardé, est secondairement touché par l'introjection, ce qui revient à dire que la déception par le père se comporte alors comme l'élément déclenchant de la maladie dépressive.

Nous verrons l'importance accordée par la suite à la figure paternelle, importance qu'ABRAHAM avait déjà soulignée.

Au total, au cours de l'accès dépressif :

(- La déception objectale équivaut à une exonération
(corporelle.
(
(- L'introjection s'ensuit ou récupération de l'objet
(par dévoration sur lequel se déchaîne la ven-
(geance sadique.
(
(- Après saturation des besoins sadiques, l'objet
(peut, en quelque sorte, quitter sa cachette.
(Le patient peut lui redonner une place dans le
(monde extérieur et cette libération a également
(valeur inconsciente d'une exonération, cette
(dernière clôturant le déroulement de ce deuil
(archaïque.

= Nous examinerons maintenant certains travaux où les problèmes sont abordés plus globalement et plus profondément, au niveau topique, en quelque sorte.

Comment concevoir la manière dont s'édifie la personnalité normale et comment la comprendre au travers des déviations pathologiques ?

Ces travaux nous rapprocheront plus de notre sujet, à savoir les liens qui rattachent la dépression et la mise-en-acte.

Nous envisagerons d'abord la contribution de FREUD et de Mélanie KLEIN.

= Nous nous référerons, en ce qui concerne FREUD, à des travaux qui s'échelonnent entre 1920 et 1923 et qui sont :

(- Au-delà du Principe de Plaisir (1920).
(
(- Psychologie collective et Analyse du Moi
((1921).
(

(- Le Moi et le Ça (1923).

- On sait que c'est à partir de la tendance compulsionnelle à la répétition que FREUD en vint à re-envisager sa théorie des instincts et à formuler ses hypothèses sur la dualité fondamentale des instincts : instinct de vie et instinct de mort.

Notons que cette tendance irrésistible à la reproduction caractérise particulièrement la dépression et aussi la mise-en-acte. "Retour éternel du même", dit FREUD, qui remarque l'intensité de ce phénomène dans le transfert, comme si la "cicatrice narcissique" imprimée par l'expérience douloureuse des premiers conflits de la vie sexuelle ne pouvait jamais se refermer.

Mais cette itération n'est pas seulement observée dans le transfert. Pour reprendre encore les termes de FREUD, "certaines personnes non névrotiques semblent poursuivies par le sort". "Il y a quelque chose de démoniaque dans tout ce qui leur arrive", qui s'affirme sans tenir compte du principe de plaisir. La tendance à la répétition semble plus primitive, plus élémentaire, que le principe de plaisir. Cette tendance, il l'appelle pulsion de mort, dont le but est le retour à l'état inorganique, tendance primaire travaillant en silence, à laquelle s'oppose l'instinct de vie ou Eros, comme un "trouble-paix", où la résolution des tensions s'accompagne de plaisir. A noter que le plaisir est lié à la résolution des tensions, donc à la tendance à l'invariation, si bien qu'il semble que le principe de plaisir soit au service des instincts de mort.

Le sadisme ne serait qu'un instinct de mort que la libido narcissique a détaché du moi pour s'exercer sur l'objet au service de la fonction sexuelle. Si bien que le masochisme, que FREUD avait jusqu'à présent considéré comme uniquement secondaire, résultant du retournement du sadisme vers le moi, peut en fait aussi être primaire. C'est même l'expression la

plus primitive de la pulsion de mort, celle d'être orientée vers le moi.

- Dans "Deuil et Mélancolie", FREUD avait déjà signalé que l'identification représente la forme la plus primitive de l'attachement affectif à un objet.

Le rôle de l'identification est essentiel dans l'établissement du complexe d'Oedipe ; identification ambivalente dès le début, puisque orientée à la fois vers la tendresse et le désir de suppression. Fait capital à souligner, l'identification oedipienne se comporte comme un produit de la première phase orale où l'ambivalence est plus accentuée encore, puisque s'incorporer l'objet désiré équivaut à le supprimer.

. Au niveau oedipien, l'identification au père ou à la mère, suivant le sexe, peut subir des déviations.

En prenant l'exemple du garçon (mais en inversant le sexe de l'objet d'amour, nous aurons l'analogue chez la fille), l'identification au père peut, par régression, se transformer en attachement au père; et inversement, l'attachement à la mère peut, par régression, se transformer en identification à la mère. C'est l'inversion du complexe d'Oedipe.

La différence entre identification et attachement consiste en ce que l'identification se réfère à ce qu'on voudrait être. C'est le sujet du moi qui est intéressé et qui se réfère à un idéal, un modèle à imiter. L'attachement, par contre, se réfère à ce qu'on voudrait avoir ; c'est l'objet du moi qui est intéressé.

Chaque fois qu'il y a identification, c'est l'idéal-du-moi qui est introjecté dans le moi. La distance qui sépare ce moi-idéal du moi réel varie d'un individu à l'autre.

On peut dire qu'à l'extrême :

(- moi et idéal-du-moi sont fondus ensemble, ne font
(qu'un chez le maniaque ;
(
(- qu'ils sont, au contraire, complètement séparés
(chez le mélancolique, l'accès mélancolique
(représentant une révolte périodique du moi con-
(tre l'idéal-du-moi ;
(
(- entre ces deux pôles, tous les intermédiaires, dont
(l'individu normal.

- Dans "Le Moi et le Ça", FREUD approfondit la formation et les interactions des différentes instances. Dans le sujet qui est ici notre propos, nous insisterons sur l'édification et les avatars de l'édification du surmoi ou moi-idéal.

Si FREUD confond constamment les deux termes, il sous-entend cependant fréquemment leur distinction. Nous verrons l'importance de ce point.

D'autre part, ces mêmes termes de surmoi, supermoi, idéal-du-moi, employés comme synonymes, s'ils sont rattachés à l'autorité parentale, FREUD insiste surtout sur leur connexion à l'autorité paternelle et ceci dans les deux sexes.

"Il y a dans le moi lui-même, dit FREUD, quelque chose qui est aussi inconscient que les tendances refoulées. Si tout ce qui est refoulé est inconscient, par contre il peut y avoir des éléments inconscients sans être refoulés". D'où l'hypothèse, dans le moi, d'un troisième inconscient non refoulé et, de ce fait, particulièrement actif. Ce Moi inconscient participe à la fois des tendances instinctives du Ça et du sentiment de culpabitilité inconsciente du Surmoi : "Ce n'est pas seulement ce qu'il y a de plus profond en nous qui peut être inconscient, mais aussi ce qu'il y a de plus élevé, et finalement le moi conscient ne représente que notre corps."

L'idéal-du-moi, qui est le produit d'une différenciation du moi, a des rapports beaucoup moins étroits que le Ça avec la conscience. Ce qui est si net dans la mélancolie (substitution au choix d'un objet sexuel d'une identification avec cet objet) est en fait un processus typique et fréquent qui joue un rôle de premier ordre dans la formation du moi et contribue essentiellement à former ce qu'on appelle son caractère.

A l'origine, dans la phase orale, la concentration libidinale sur l'objet est liée aux besoins du Ça. Le moi encore faible n'a aucune connaissance de ces concentrations sur des objets. Il les subit ou s'en défend par le refoulement. L'absorption orale de l'objet (qui se retrouve dans la Sainte Communion) communique à celui qui l'a absorbé les qualités de cet objet et forme son caractère. Lorsque le Ça doit renoncer à son objet sexuel, le Moi en subit une transformation. Il retrouve en lui-même l'objet sexuel perdu et peut, de ce fait, garder les faveurs du Ça, le consoler de sa perte d'objet : "Regarde, tu peux m'aimer ; je ressemble tellement à l'objet". Ce processus, transformant l'attitude libidinale à l'objet en une libido narcissique, implique un renoncement aux buts purement sexuels, donc une sorte de sublimation. Ne serait-ce pas là, d'ailleurs, le moyen de sublimation le plus général ?

Ainsi, le Ça est le réservoir de libido au sens primaire, et la libido que le Moi reçoit à la suite des identifications est la source du narcissisme secondaire.

Si ces premières identifications du Moi sont trop nombreuses, trop intenses ou incompatibles, elles engendrent une situation pathologique où en constituent le prélude.

Les effets de ces premières identifications garderont toujours leur caractère général et durable. Elles donnent naissance à l'idéal-du-moi et "derrière

cet idéal se dissimule la première et la plus importante identification de l'individu : celle avec le père de sa préhistoire personnelle". FREUD ajoute en note qu'il serait plus prudent de dire "identification avec les parents", ce problème étant d'ailleurs résolu par le fait que l'Oedipe simple n'est pas le plus fréquent. Généralement, le complexe d'Oedipe apparaît sous sa forme double, positive et négative, ceci en rapport avec la bisexualité. De sorte que l'Oedipe complet, le plus fréquent, implique une identification à la mère et une identification au père. Cette double identification oedipienne du Moi est secondaire et vient renforcer l'identification primaire directe qui s'est produite antérieurement, avant toute concentration sur un objet quelconque, et dont nous avons déjà parlé.

Ainsi naît le super-Moi qui n'est pas qu'un simple résidu des premiers choix d'objet par le Ça. Il réagit également énergiquement contre ces choix. Ainsi, ses rapports avec le Moi sont complexes et contradictoires :

- Au "sois ainsi" (comme ton père),

- s'oppose l'interdiction : "Ne sois pas ainsi" (comme ton père) ; "Ne fais pas tout ce qu'il fait, beaucoup de choses lui sont réservées à lui seul".

Le double aspect du moi-idéal (que nous dénommons maintenant idéal-du-moi et surmoi) découle du refoulement du complexe d'Oedipe. Plus ce refoulement est puissant, plus grande sera la rigueur du surmoi à l'égard du moi, sous la forme des scrupules de conscience, mais aussi sous la forme d'un sentiment de culpabilité inconscient.

Le super-moi, héritier du complexe d'Oedipe, est l'expression des tendances les plus puissantes du Ça. Il est en quelque sorte le "chargé de pouvoirs" du Ça ou monde intérieur, qui s'oppose au Moi, lequel représente essentiellement le monde extérieur. "Le super-moi, formation substitutive de la passion pour

le père, contient le germe de toutes les religions, de la morale, du sentiment social".

Le sentiment de culpabilité inconscient, engendré par le conflit entre le super-moi et le Moi, joue un rôle décisif dans la gravité et la ténacité de nombreuses psycho-névroses.

Au cours de certaines analyses, FREUD est frappé par ce qu'il appelle la réaction thérapeutique négative qui consiste, chez l'analysé, à se montrer mécontent de ses progrès, chaque progrès étant suivi d'une aggravation de son état. Le malade ne veut pas renoncer au châtiment représenté par la souffrance. Sa culpabilité est inconsciente. Il ne se dit pas coupable, mais malade, et oppose au traitement une résistance extraordinaire. Il n'est pas facile de lutter contre l'obstacle de la culpabilité inconsciente. Il n'y a pas de moyen direct. Indirectement, on peut tenter de la transformer en sentiment de culpabilité conscient. Cette transformation est possible lorsque la culpabilité inconsciente résulte d'une identification à une autre personne qui fut jadis l'objet d'une fixation érotique. C'est le cas dans la mélancolie où l'analyse doit s'efforcer à mettre à jour cette ancienne fixation érotique. Sinon les difficultés sont insurmontables, à moins que le malade puisse mettre l'analyste à la place de son moi-idéal. Il serait tentant pour l'analyste de vouloir assumer ce rôle de "sauveur d'âmes", mais, précise FREUD, c'est là une source de difficultés supplémentaires, car "l'analyse ne consiste pas à rendre les réactions morbides impossibles, mais à donner au Moi la liberté de se décider dans un sens ou dans un autre."

Attardons-nous sur les remarques que fait FREUD sur les manifestations diverses du sentiment de culpabilité.

* Le sentiment de culpabilité normal, conscient, n'offre pas de difficulté à l'interprétation.

Il est l'expression d'une condamnation du Moi par son instance critique.

* Dans deux affections (névrose obsessionnelle et mélancolie), ce sentiment conscient de culpabilité devient pathologique par son intensité.

. Dans la névrose obsessionnelle, le Moi se révolte contre ce sentiment. C'est que les tendances choquantes issues du Ça inconscient lui sont restées étrangères, alors que le super-moi les condamne.

. Dans la mélancolie, le Moi ne proteste plus. Il se soumet au châtiment, car il s'est identifié à l'objet contre lequel se déchaîne la colère du super-moi.

* Dans d'autres cas, la culpabilité reste inconsciente.

. Dans l'hystérie, essentiellement parce que le moi refoule la perception pénible dont il est menacé par son super-moi. C'est donc le Moi qui ici est la cause de la culpabilité inconsciente par une mise à distance des conflits.

. Il en est de même chez l'homme normal, chez qui l'Oedipe reste dans l'inconscient. Si bien qu'on peut aboutir au "paradoxe que l'homme normal n'est pas seulement plus immoral, mais aussi plus moral qu'il ne s'en doute".

. S'il atteint un certain degré d'intensité, ce sentiment de culpabilité inconscient peut faire d'un homme un criminel. Ce puissant sentiment de culpabilité est antérieur et non consécutif au crime; "il a été le mobile du crime, comme si le sujet avait trouvé un soulagement à rattacher ce sentiment inconscient à quelque chose de réel et d'actuel."

On peut dire que, dans la dépression, la critique du super-moi est perçue, mais déviée de son but.

Alors que, dans le passage-à-l'acte, la critique du super-moi n'est pas perçue, mais elle aboutit à son but.

Pourquoi le super-moi est-il si sévère ?

FREUD en revient à son hypothèse de la pulsion de mort dont le sort est variable :

1)- ou bien elle est rendue inoffensive par mélange aux pulsions érotiques ;

2)- ou bien elle est déviée au dehors sous forme d'agressivité ;

3)- pour la plus grande partie, elle poursuit en toute liberté son travail intérieur.

Dans la mélancolie, le super-moi a accaparé tout le sadisme, "sorte de culture pure de l'instinct de mort" qui peut réussir à pousser le moi à la mort.

Ainsi, le Moi montre sa force et sa faiblesse :

- Il a la charge de fonctions importantes qui peuvent être entravées :

1)- Par ses rapports avec la perception, il soumet les processus psychiques à l'épreuve de la réalité.

2)- En faisant intervenir les processus intellectuels, il ajourne les décharges motrices et contrôle la motilité.

Mais, sur ce point, ce contrôle est plus formel qu'effectif. Par rapport à l'action, dit FREUD, le Moi se comporte comme un monarque constitutionnel. "Sa sanction est requise pour qu'une loi puisse entrer en vigueur, mais il hésite et réfléchit beaucoup avant d'opposer son veto à un vote du Parlement". Nous pen-

sons que le Parlement représente ici le super-moi issu du Ça instinctuel et nous pouvons dire, en poursuivant l'analogie, que dans la dépression le monarque s'efface devant le Parlement, alors que dans le passage-à-l'acte le monarque s'acharne à garder ses droits en méconnaissant le Parlement qui s'avère pourtant encore le plus fort.

- Derrière l'angoisse du Moi à l'égard du super-moi, se cache l'angoisse de castration primitive qui peut se décomposer en angoisse de mort, en angoisse provoquée par des scrupules de conscience et en angoisse de castration proprement dite.

Vivre pour le Moi équivaut à être aimé par le super-moi qui représente le Ça. "Le super-moi remplit la même fonction de protection et de salut que le père, la providence, ou plus tard, le sort."

= Avant de passer aux travaux de B. GRUNBERGER qui clôtureront cette étude historique, nous évoquerons rapidement les positions de Mélanie KLEIN.

C'est à Mélanie KLEIN que revient le mérite d'avoir développé, sinon découvert, l'importance des fantasmes primitifs chez l'enfant. Dès la naissance, l'enfant est livré à l'angoisse fondamentale primitive.

Son développement est "régi par le mécanisme de l'introjection et de la projection". "Le moi introjecte de "bons" et de "mauvais" objets dont le prototype, dans un cas comme dans l'autre, est le sein de la mère - prototype des bons objets lorsque l'enfant le reçoit, des mauvais lorsqu'il lui manque."

Mais quand les objets sont ressentis "mauvais", ce n'est pas seulement parce qu'ils sont frustrants, mais aussi parce que le bébé projette sur eux sa propre agressivité et les conçoit alors comme des persé-

cuteurs qui "préméditent sa destruction par tous les moyens que le sadisme peut inventer". Les objets réels ainsi fantasmatiquement déformés s'établissent dans le monde extérieur et, par incorporation, à l'intérieur du moi.

Ainsi, l'enfant vit des situations d'angoisse semblables aux psychoses de l'adulte et il y réagit par des mécanismes de défense. Ces mécanismes se succèdent et s'intriquent et, schématiquement, dans le développement normal, deux "positions" se succèdent : "la position paranoïde", primaire, va de la naissance au 3me-4me mois ; "la position dépressive", consécutive, va du quatrième mois et se résout au cours de la première année.

L'introjection, qui existe dès le début, est d'abord un mécanisme paranoïaque : incorporer le mauvais objet pour le détruire, l'anéantir, et l'angoisse au sujet du propre moi domine le tableau. Puis, à mesure que le moi s'organise, il y a passage de la relation à l'objet partiel, à la relation à l'objet total, et l'introjection, à la faveur d'un mécanisme de clivage, ne concerne que les "bons" objets. A partir de ce moment, l'angoisse concerne le bon objet introjecté "dont la préservation sera dorénavant synonyme de la survie du moi". Ce n'est qu'à ce stade, où l'objet est appréhendé comme total, que la "perte de l'objet aimé" devient possible. L'angoisse du moi pour le bon objet intériorisé auquel il s'est complètement identifié, met en oeuvre le mécanisme des réparations et de restauration du bon objet. Mais le moi doute de son aptitude à accomplir cette restauration, d'où ses efforts mêlés de désespoir pour reconstituer un objet "parfait", "l'idée de perfection contraignante venant réfuter celle de désintégration".

Ces objets incorporés très précocement participent à la fondation du surmoi, ce qui explique l'extrême sévérité du surmoi, lorsque l'évolution ultérieure n'a pu conduire à son assouplissement.

Au total, le dépressif s'efforce de reconstituer l'objet désintégré, alors que le paranoïaque transforme en une multitude de persécuteurs les morceaux issus de la désintégration. Le paranoïaque introjecte le "mauvais" objet pour le détruire ; le dépressif introjecte le "bon" objet pour le protéger. Les souffrances (culpabilité, remords) liées à la position dépressive entraînent comme mécanisme de défense le retour ou renforcement de la position paranoïde.

La manie est un autre mode de défense devant l'angoisse dépressive, mais aussi devant l'angoisse paranoïde. Le Moi veut se libérer de sa dépendance torturante à l'égard des objets d'amour. Il y parvient par le sentiment de toute-puissance, qui nie, minimise l'importance de ses bons objets contraignants. Cette minimisation de l'objet permet au Moi un détachement partiel, ce qui est un progrès par rapport à la position dépressive où ce détachement est impossible.

La position dépressive qui culmine au moment du sevrage est une "mélancolie in statu nascendi". Pouvoir surmonter la position dépressive équivaut à franchir le pas décisif pour que s'effectue une bonne évolution ultérieure, la culpabilité, réparatrice cette fois, faisant apparaître les tendances constructives.

L'accent est donc mis par Mélanie KLEIN sur l'intensité des fantasmes sadique-oraux et sadique-anaux de l'enfant, fantasmes qui constituent en partie le surmoi de l'enfant, l'autre partie du surmoi ayant sa source dans l'introjection parentale lors de l'avènement du complexe d'Oedipe. Un surmoi sadique se constituera lorsque les fantasmes primitifs n'auront pas été en quelque sorte corrigés par l'amour des parents. Les fantasmes criminels sont à l'oeuvre chez tous les enfants, et comme les objets haïs sont en même temps les objets d'amour, la seule solution, quand l'évolution est défaillante, est la fuite par le refoulement. La situation conflictuelle, jamais mise à jour, reste donc active dans l'incons-

cient. Un refoulement sévère interdit à l'enfant d'abréagir ses fantasmes ou de les utiliser pour d'autres sublimations. Le poids de ses fixations sadiques reste entier et le sentiment de culpabilité, refoulé à son tour, contribue à déclencher et entretenir un cercle vicieux où l'enfant répète sans cesse des actions qui expriment à la fois ses désirs sadiques et son envie d'en être puni. Ce comportement se retrouve plus tard dans les méfaits répétés du criminel.

Pour expliquer que les fantasmes, qui sont le lot de tous, puissent, chez certains sujets, se traduire en acte, Mélanie KLEIN a recours à la sévérité particulière du surmoi. Surmoi fixé à un stade très précoce du fait d'événements traumatisants réellement vécus, d'une expérience effective, alors qu'un enfant névrosé ne crée ce surmoi écrasant que pour des raisons intérieures. "La haine est souvent utilisée comme le masque le plus efficace de l'amour ; mais il ne faut pas oublier que pour un sujet constamment exposé à la persécution, la seule préoccupation est la sécurité de son propre moi".

= Enfin, le point de vue de GRUNBERGER, en ce qui concerne la dépression, est intéressant en ce qu'il centre le problème sur le narcissisme. Selon lui, le "narcissisme primaire absolu" de FREUD se confond avec l'état élationnel (inconscient) prénatal. Ce narcissisme ne pourra, au cours de l'évolution, qu'être déficitaire par rapport à l'élation toute-puissante "sans corps et donc sans Moi". Pour intégrer un nouveau narcissisme, l'enfant s'appuiera en particulier sur la mère qui réparera le caractère obligatoirement négatif de la vie pulsionnelle en raison des frustrations inévitables. L'apport narcissique de la mère permet ainsi à l'enfant de vivre la fusion de l'élément narcissique et de la pulsion. Cette "confirmation narcissique" idéale qui sort l'enfant de sa malédiction est en fait souvent imparfaite.

Alors, pour sauvegarder son narcissisme, l'enfant sera obligé de projeter sur le père et l'image phallique, dans les deux sexes, sa propre confirmation narcissique. Cet objet paternel idéalisé s'appelle l'Idéal-du-Moi.

Cette instance jouera désormais un rôle très important, celui de confirmer comme précédemment l'investissement narcissique du sujet. La marge entre le Moi et l'idéal-du-moi est d'autant plus réduite que la confirmation narcissique a été réussie. Cette marge entre les deux instances n'est pas seule en cause, mais un véritable conflit s'instaure dont le Moi est victime, l'instance narcissique désinvestissant le Moi, ce qui ne peut qu'aggraver le processus.

Au total, la mère frustratrice n'a pu apporter la confirmation narcissique indispensable à l'enfant. Il s'ensuit que l'enfant projette son narcissisme primaire absolu intégralement sur son Idéal du Moi qui, de ce fait, ne pourra jamais être atteint. La recherche quasi compulsionnelle du déprimé pour un objet ne peut pas aboutir, car il rejette en fait profondément l'objet frustrateur (la mère)auquel il reste fixé. C'est cet aspect double et contradictoire de sa conduite qui se retrouve dans la réalité.

Quant à ses tentatives objectales, le déprimé est incapable de supporter une différence de valeur narcissique entre lui-même et son objet (dans le sens positif ou négatif) et il ne pourra donc s'attacher qu'à "l'objet en miroir" parce qu'il a atteint le même degré de maturation que lui-même. Il se retrouvera donc toujours en face de soi-même. Or, il hait son propre Moi et en arrivera donc inévitablement à haïr l'objet. ("L'ombre du Moi est tombée sur l'objet parce que l'ombre de l'objet est tombée sur le Moi").

L'agressivité du déprimé est liée à cette double indépendance, à l'Idéal-du-Moi et au conflit maternel. Sur cette agressivité, les auteurs ont

toujours beaucoup insisté en faisant ressortir aussi la jouissance masochique qu'elle entraîne. Pour GRUNBERGER, cette protestation inlassable achoppe sans cesse sur l'obstacle de sa propre immaturité et elle n'est pas génératrice d'un plaisir masochique, mais d'un masochisme primaire au sens où FREUD l'entendait dans sa dernière théorie de la dualité des instincts.

L'agressivité est à rattacher aux tentatives de récupération narcissique qui, elles-mêmes grevées d'une culpabilité pulsionnelle oedipienne ou préoedipienne, ne peuvent se réaliser. Autrement dit, ce que l'Idéal-du-Moi impose au Moi ("Sois ainsi au maximum", "Sois parfait") est freiné par l'intervention du Surmoi, ce qui augmente encore la véhémence de la réaction agressive. Le conflit du Moi avec son instance narcissique se complique secondairement par un conflit entre Idéal-du-Moi et Surmoi. On retrouve la double référence de la dépression, référence narcissique et référence pulsionnelle.

Pour GRUNBERGER, il faudrait inverser la proposition freudienne à propos des auto-accusations. Les auto-accusations seraient primitives et non secondaires (critique de l'Idéal-du-Moi à l'égard du Moi). De là, elles sont projetées sur l'objet à titre défensif, et lorsqu'elles apparaissent chez le déprimé, elles témoignent de l'échec du système projectif qui jusque là protégeait le sujet de l'auto-destruction. La haine de soi du déprimé est une haine authentique.

Au total, GRUNBERGER oppose la chaîne Pulsion - Culpabilité (Surmoi) - Angoisse, celle de la névrose proprement dite, à la chaîne Narcissisme - Blessure narcissique (Idéal-du-Moi) - Dépression.

La scission entre Surmoi et Idéal-du-Moi ne se produit pas, tout au moins aussi nettement, quand le Surmoi lui-même a pu être investi narcissiquement. Cette manière de voir a l'avantage de mettre l'accent sur la blessure narcissique et l'importance de l'image phallique (idéal-du-moi).

= Avant d'exposer un cas clinique, nous ferons une rapide étude du passage-à-l'acte, que nous appuierons essentiellement sur des articles récents de NEYRAUT, MAJOR et TRILLAT.

Le passage-à-l'acte est surtout le fait des personnalités psychopathiques. Comme le fait justement remarquer NEYRAUT, la définition de personnalités psychopathiques est embarrassante, car les termes variés pour les décrire (aberrants, pervers, inadaptés, délinquants..) montrent qu'ils embarrassent essentiellement la société. Le critère commun est donc celui de "personnalité antisociale", ce qui met bien en valeur leur situation en porte-à-faux par rapport à la norme, à la loi. Ainsi, peut se définir la personnalité psychopathique, comme un "agencement relativement fixe du psychisme caractérisé par un comportement dit anti-social, que ce comportement soit effectif (passage-à-l'acte) ou latent (organisation du caractère)." (NEYRAUT).

Cliniquement, la description des personnalités psychopathiques est celle d'un mode d'existence et non d'une succession de symptômes. Il en ressort :

1/- la ligne brisée caractéristique de cette existence avec ses cassures souvent précoces (opposition scolaire, fugues, vols, insoumission, etc...).

2/- le parasitisme, ou dépendance à un tuteur consentant ou du moins inconsciemment coopérant dont l'existence est constante. C'est par rapport à ce tuteur, sorte de séquelle de la fonction parentale, que s'effectuent les réactions paroxystiques.

3/- l'attitude mythomaniaque ou noyau pseudopathique qui consiste en une fabulation s'interposant

entre le sujet et ses protagonistes. Cette fabulation défensive repose sur un sentiment infantile narcissique de toute-puissance magique. Le pseudopathe, dans le même moment, reconnaît et méconnaît sa fable. C'est même là le secret de la réussite de son imposture. Imposture à lui-même également, comme en témoignent son euphorie et sa méconnaissance constante de l'échec. Mais, contrairement à cette apparence, les psychothérapies analytiques découvrent toujours, derrière ce comportement, un état dépressif latent.

La réalité est infléchie activement au profit de la fable, processus qui vise à duper non seulement le parasite, mais le pseudopathe lui-même qui se croit "comblé", "nanti", ce qui constitue une fin de non-recevoir. "L'imposteur n'accepte de recevoir que ce qu'il extorque, mais pas ce qu'on lui donne."

Les passages-à-l'acte des pseudopathes sont rarement des actes directement agressifs (ceux-ci étant plutôt imputables à des structures névrotiques ou psychotiques). Il s'agit plutôt de délits plus ou moins importants dont le plus typique est le chèque sans provision.

Ces passages-à-l'acte sont l'extériorisation d'un comportement général qui se situe tout entier en dehors de la réalité particulière qu'est la loi. Transgression de la loi, recherche du châtiment, dénégation du délit impliquent une position particulière vis-à-vis de l'Oedipe.

L'agencement fixe de ce noyau pseudopathique peut se comparer à la fixité des traits du caractère, le caractère névrotique étant une formation réactionnelle aux symptômes névrotiques, formation réactionnelle formée avant l'apparition de l'Oedipe. Nous voyons donc l'analogie entre personnalités psychopathiques et névrose de caractère où les mêmes conflits restent intériorisés. Mais dans les deux cas, il s'agit d'une formation de protection qui oppose un mécanisme narcissique tenace à toute modification. C'est un compromis réalisé entre les pulsions internes et l'e-

xigence de la réalité. Cette réalité, qu'on pourrait aussi assimiler à une frustration, est ici <u>déniée</u> et non refoulée, comme c'est le cas dans les psychoses.

Comment peut-on expliquer cette inflexion de la réalité ?

Dans la névrose obsessionnelle, le désir reste l'équivalent de l'acte, en raison d'une fixation infantile du développement, d'où le sentiment de toute-puissance magique de la pensée.

A un stade antérieur du développement, c'est l'acte lui-même qui était magique, l'acte permettant à l'enfant de modifier hallucinatoirement l'état élationnel primaire exempt de toute excitation. L'acte permettant matériellement à l'enfant d'obtenir ce dont il a besoin et d'écarter ce qui le gêne, constitue pour lui le premier affrontement avec la réalité. "Au commencement était l'acte". Le langage ensuite est la substitution, à la symbolique gestuelle, de la symbolique linguistique. Cette origine du langage dans la toute-puissance du geste continue à manifester cette toute-puissance dans la fabulation. La fabulation est aussi un passage-à-l'acte.

Chez le psaudopathe, l'affrontement à cette partie de la réalité que l'on appelle la société ne peut s'effectuer que sous la forme d'une transgression, et c'est surtout à l'adolescence que la conduite psaudopathique se déclare. Il en résulte une <u>asociabilité narcissique</u>.

La composante orale, dans ce processus, est capitale, mais l'accent doit être porté davantage sur une <u>blessure narcissique</u>, plutôt que sur une simple frustration orale. Le point de vue est à rapprocher de celui de [illegible] à propos de la dépression.

La confusion que le psaudopathe entretient au

niveau de l'acte et de la réalité le prédispose particulièrement au passage-à-l'acte, le passage-à-l'acte ne lui étant pas pour autant uniquement réservé. Chez lui, il y a en même temps méconnaissance et reconnaissance du système social préétabli, alors que chez le psychotique le passage-à-l'acte s'effectue dans un refoulement global de la réalité. (Le suicide, dans la mélancolie tout au moins, est un passage-à-l'acte psychotique).

La transgression de la loi équivaut à l'accomplissement du désir et la conséquence en sera la punition. On en revient à la thématique oedipienne, où le désir (le parricide et l'inceste) équivaut aux deux plus grands crimes que l'homme puisse commettre. Par un processus d'intériorisation (les premières identifications), l'objet intériorisé vient colmater la brèche laissée entre le désir et l'acte.

FREUD dit :

(- Chez le névrosé, la pensée devient un substitut
(de l'acte.
(- Chez le primitif, l'acte devient un substitut de
(la pensée.

Le délinquant, en proie à sa culpabilité oedipienne, à sa blessure narcissique, cherche dans ses actes à récupérer son intégrité et à soulager par la punition sa culpabilité. Ce sont ses conduites qui sont symboliques, symboliques d'un conflit inconscient projeté, agi au dehors.

L'acte tente à affirmer le sentiment de toute-puissance. Affirmation qui renvoie à la négation de la castration et à sa reconnaissance dans la dénégation (MAJOR). Privé de ses actes, le délinquant sombre souvent dans un état de dépression.

= Nous exposerons, pour terminer, un cas clinique.

Il s'agit de Mr. René P..., âgé de 45 ans, qui a été hospitalisé, sur sa propre demande, le jour de Noël 1964.

Le certificat de placement est le suivant :

Rechute d'un état névrotique avec idées dépressives.
Peur de fuguer, idées d'autolyse.
Climat social difficile. Séparé de sa femme.
Actuellement, ne travaille plus, car il a peur de passer près d'un pistolet (Il est gardien de nuit).
Insomnie.
Déséquilibre avec idées de fuite et de désarroi.
Hôpital de secteur. Signé.

Le certificat immédiat fait le lendemain (25 Décembre 1964) est ainsi établi :

Raptus anxieux chez un déséquilibré. Eléments phobiques. Conduites de fuite à l'occasion des difficultés de l'existence. Désorganisation de la vie socio-professionnelle. Divorce en cours. Déchéance professionnelle.
Ce jour, plutôt excité, volubile, familier.
Notion d'éthylisme dont il serait actuellement "guéri".
Semble très dépendant, avec quelques tendances à l'hospitalisme. Bon niveau intellectuel apparemment.
Doit être traité.

Signé.

Ces certificats mettent en relief le déséquilibre et la dépression anxieuse névrotique.

L'observation, prise le lendemain, montre un homme abattu, anxieux, paraissant plutôt moins que son âge. Le contact s'établit rapidement et de façon chaleureuse. Il raconte de manière cohérente l'histoire de ses troubles et sa biographie. Son humeur est stable, sinon une tristesse bien justifiée par la situation, avec des à-coups émotionnels également bien adaptée.

Le mode de contact et l'attitude du malade, lors de ce premier entretien, traduisent bien le soulagement qu'il éprouve à se trouver en milieu protégé, échappant ainsi à ses impulsions de fugue et de suicide, la vétusté des lieux lui permettant, par ailleurs, de satisfaire son désir d'autopunition.

Il cherche, et parvient d'ailleurs, d'une manière naturellement subtile, à montrer que s'il est bien à la place qu'il mérite, il n'en est pas moins bien différent des autres malades.

De la même façon que l'escroc décrit par ABRAHAM, il a déjà su gagner la sympathie et l'intérêt de l'entourage sur lequel il exerce un ascendant difficile à cerner, mais indéniable.

Il est venu de lui-même à l'hôpital, car il craignait, dit-il, "de refaire des bêtises", c'est-à-dire de s'en aller brutalement de la ville, de tenter de se suicider. Ce genre de phénomène s'est déjà produit trois fois, et les signes prémonitoires sont toujours identiques : brusque sensation de froid, mal dans la nuque, battement de l'oeil droit.. Cette crise cénestopathique s'accompagne d'une hypotonie musculaire associée à un désir de fuite irrésistible : désir de prendre des taxis, des premières dans le métro, mais aussi dans le train où il se retrouve subitement en direction de la Côte d'Azur !

Plusieurs fois dans l'entretien, reviendront

des phrases comme celle-ci : "Je voudrais qu'on me retire cette espèce de hantise que j'ai de n'être capable de rien, de fuir mes responsabilités".

Il fait débuter ses troubles de façon précise en 1957 (à l'âge de 37 ans), et pour lui le début se confond avec les premiers passages-à-l'acte.

Je transcrirai plutôt ce qu'il appelle sa "confession" et qu'il a écrite, à Nice, deux mois plus tôt, à la demande d'un médecin d'une Maison de repos psychiatrique où il s'était fait embaucher comme homme de peine. On remarque, ici encore, l'ambiguïté de la situation où il se met lui-même (situation à la fois d'employé et de malade).

"Je suis né le 7 Août 1920, fils unique, et eus une enfance et une jeunesse heureuses.

"Je me suis marié à 30 ans, après une période sentimentale, précédant la rencontre avec mon épouse, banale et sans histoire.

"Lors de notre rencontre, j'ai ressenti des sentiments que je n'avais jamais ressentis auparavant. Elle était veuve avec un enfant.

"Nous nous sommes mariés, et lors de ma première paie, j'ai hésité longtemps avant de savoir comment m'y prendre pour la lui donner. Jusqu'à ce jour, je versais une pension à mes parents. Je n'osais pas aborder ce sujet avec elle. De toute ma vie et dans toutes les circonstances, je pense ne pas avoir su aborder de face les problèmes qui me chagrinaient, n'avoir su dire non, préférant camoufler plus ou moins la réalité.

"A cette époque, j'étais employé comme secrétaire commercial dans une société de produits chimiques. Dans cette société, à la fin de chaque année, nous touchions une prime si nous avions atteint des plafonds fixés l'année précédente. Une année, qui devait être 53 ou 54, j'ai obtenu cette prime ; ce fut d'ailleurs la seule. Un ou deux ans après, ne l'ayant pas

obtenue et ne voulant pas l'avouer, j'ai effectué mon premier emprunt, d'où cascade de nouveaux emprunts, demandes d'acompte pour essayer de rembourser, mais sans aucun succès, l'impasse grandissant sans cesse.

"C'est, je crois, à cette époque que je devins alcoolique, par le chemin habituel : les premiers verres pour stimuler l'imagination et ensuite le besoin de boire même sans raison.

"Je ne pense pas être méchant ou mauvais de nature, mais je pense toujours que jamais je n'arriverai à rien, et en fait tout fut échec : ma vie familiale et ma vie sociale.

"Ma vie sociale, car au lieu de m'élever avec l'ancienneté, je stagnais et, en 1962, fus obligé de donner ma démission. Je n'ai pas dit que je n'avais pas d'autre emploi et fis croire à mon épouse que je travaillais ailleurs et ai emprunté sous un prétexte de spéculation de l'argent à mon beau-père et lorsque je fus obligé de le rendre, je tentais de me suicider (Juin 1962). Deux ans auparavant, j'avais déjà fait une fugue, car je ne pouvais rendre à mon oncle l'argent que je lui avais emprunté sous le motif de financer un projet...

"... Evidemment, je buvais toujours, mais après mon stage à l'hôpital en 1962, j'avais demandé une désintoxication qui ne fut pas pratiquée ; je me suis calmé pendant 2 ou 3 mois. J'avais, à l'hôpital, été mis en rapport avec un médecin de Médecine sociale qui m'avait conseillé d'aller le voir à son cabinet, ce que je n'ai pas fait.

"Depuis cette tentative de suicide, nous avions décidé, mon épouse et moi, que mon salaire serait versé à son compte postal ; c'était une sécurité et elle me donnait 20, puis 25 francs par semaine.

"En Février 1962, je décidai brusquement de me faire désintoxiquer, et pendant 8/10 mois environ, c'est un fait, je n'ai plus été tenté de boire, <u>mais un autre besoin s'est fait sentir, une sorte de besoin d'expansion</u>.

"N'ayant plus d'argent à ma disposition, ne pouvant plus emprunter, lorsque nous faisions des achats ou des sorties c'était toujours mon épouse qui payait, j'ai éprouvé le besoin "d'étaler". Pour cela, j'ai gardé par devers moi un encaissement. Grâce au Pasteur Voge de Paris, j'ai pu conserver ma place ; aucune retenue ne fut effectuée sur mon salaire, mais j'avais à nouveau une dette, et je me suis remis à boire. Je fus à nouveau obligé de donner ma démission...".

La suite continue dans le même style. Après ce deuxième renvoi professionnel, que le malade à la fois reconnaît et méconnaît dans cette belle formule : "Je fus obligé de donner ma démission", son beau-fils, qu'il a, comme par hasard, mis au courant de ce renvoi, le "donne", "vend la mèche" à Madame P.., d'où la seconde fugue à Nice. Pendant ce séjour à Nice, il fait des travaux temporaires, correspond avec sa femme qui, bien qu'ayant déposé une demande de divorce, accepte de reprendre la vie commune à condition qu'il prenne de l'Espéral. Ce médicament, il le prend à contre-coeur. Il a adhéré à "La Croix Bleue" dont il porte fièrement l'insigne à la boutonnière, et c'est pour lui une honte de ne pas recourir seulement à la volonté, sa propre volonté.

Ce médicament imposé lui vaut d'ailleurs ce qu'il appelle sa "plus belle cuite", lorsque, dans un cocktail offert à son travail, il boit un jus de fruit additionné à son insu de champagne. Il s'ensuit une dispute conjugale, une des rares fois où il se soit montré agressif avec sa femme et reçoit le lendemain l'exploît de non-conciliation, l'obligeant légalement à quitter le toit conjugal ; d'où la troisième fugue.

"Je partis, dit-il, abandonnant famille et situation. Voilà le résumé des événements. Qui suis-je ? Un garçon certainement pas méchant, mais sans volonté. Chaque fois que j'ai une responsabilité à

prendre, je recule l'échéance : emprunt, mensonges, boisson, fuites loin des miens en définitive. Et pourtant, j'aime ma femme et mon fils. Je bouillonne de projets pour les rendre heureux, mais j'ai toujours l'impression que c'est inutile d'essayer, car je n'arriverai pas. Un autre exemple : je n'ai pas de permis de conduire, malgré trois examens très espacés. Je ne sais pourquoi, mais avant de me présenter, j'étais sûr d'être recalé. Pourquoi ?"

C'est sur cette question que se termine cette "confession". "Qui suis-je ? Pourquoi ?". Monsieur P... est à la recherche de son identité. Son récit, ses enchaînements, ses rationalisations pourraient faire penser à un état névrotique simple où le malade se sent responsable, infériorisé, et explique, fort bien d'ailleurs, à partir de là, ses comportements dont il perçoit l'aberration. Mais il n'en perçoit pas l'origine profonde et il se révolte, tout en se soumettant, à la punition inconsciemment recherchée.

C'est dans ce sens, d'ailleurs, de dépression névrotique d'alcoolisme névrotique, que concluent les certificats de quinzaine et de sortie.

Mais un névrosé simple savourerait inlassablement le plaisir masochique apporté par la punition. C'est le cas de Mr. P..., en partie. Cependant, l'élément de <u>révolte</u> est ici capital.

Révolte contre le plaisir masochique lui-même que le dépressif ne peut s'octroyer vraiment, car il a honte, devant son idéal du moi, de ses échecs et défaillances qui engendrent justement ce plaisir. C'est un pseudo-masochisme, comme l'appelle GRUNBERGER, où se punir ne tyrannise pas l'objet mais soi-même, où se punir n'apporte qu'un soulagement imparfait d'où la révolte et les provocations agressives, sous la forme de passages-à-l'acte aboutissant finalement toujours à l'auto-agressivité. La dépression proprement dite survient quand ces provocations agressives deviennent uniquement intra-psychiques.

Revenons au cas de Mr. P... J'ai eu l'occasion de le suivre pendant plusieurs mois. Les éléments, fournis peu à peu, concernant sa petite enfance, peuvent ainsi se résumer :

Il a été élevé par ses parents, en fait en grande partie par sa grand'mère maternelle qui habitait le même immeuble. La mère travaillait comme caissière dans une parfumerie. Il sera toujours très parcimonieux quand il parlera de cette grand' mère et de sa mère également. "Très gentille", pour l'une comme pour l'autre, c'est à peu près tout ce qu'il en dit. Son père, par contre, occupe la partie majeure de ses propos.

Originaire d'une famille protestante lorraine, ce père lui a toujours paru froid, lointain. "Je ne me rappelle pas l'avoir embrassé. Nous avions des relations de bon voisinage, c'est tout." Ce père distant, il mettra cependant beaucoup d'insistance à le comprendre, alors qu'il néglige complètement la mère "gentille". "Mon père a été marqué ; il vouvoyait ses parents qui le vouvoyaient aussi. La guerre de 14 a sans doute provoqué chez lui un changement complet." Il y a d'ailleurs été blessé, blessé à la main droite et, dit Mr. P.., "il a été le premier à avoir eu une greffe de nerf de mouton". Cette blessure, qui l'a obligé à abandonner le métier de boulanger, Mr. P... s'en souvient bien, car la récupération fonctionnelle de cette main ne s'est faite que progressivement. Mr. P... se rappelle qu'étant enfant, sa mère devait couper la viande aussi bien pour lui que pour son père. Le père, de boulanger, est devenu aide-comptable.

La scolarité de Mr. P... s'est déroulée sans histoire, sinon que le père corrigeait souvent ses devoirs et qu'il en avait peur, bien que ses résultats fussent tout à fait honorables. Il était lui-même un enfant renfermé, n'avait pas d'amis en particulier, et les relations familiales, comme une chose allant de soi, étaient très limitées.

Brusquement, au moment du Brevet, il n'a plus voulu aller en classe. Il voulait être horticulteur ou cuisinier, mais ses parents, son père surtout, s'y sont opposés. "Evidemment, je n'ai pas discuté". "Mon père voulait que j'aie, comme lui, une situation stable avec retraite".

Mr. P... est devenu agent commercial, sorte de conjugaison des métiers des deux parents, et a vécu chez eux, "en bon voisinage", jusqu'à l'âge de 30 ans. Dans cette vie d'employé rangé, on note toutefois quelques éléments où la conduite pseudopathique se fait jour. Ce n'est pas spectaculaire comme les comportements ultérieurs et il dit de lui-même qu'il était "taquin" lorsque, par exemple, il achetait L'Action Française quand ses camarades de travail achetaient Le Populaire, qu'il agissait ainsi "par taquinerie", mais qu'en plus il aimait se sentir "en dehors de la masse".

Sa sexualité, "normale", dit-il, consistait en liaisons plus ou moins longues, sans participation affective, jusqu'au moment où il a rencontré sa femme, "veuve ou plutôt femme de disparu" (ce sont ses termes), qui avait un fils de six ans. Mr. P... aurait aimé garder cet enfant après le mariage, mais c'est sa femme qui a voulu le mettre en pension. "Femme poule", "trop gentille", dit-il plus ou moins ironiquement. Il s'est toujours soumis à elle, et la seule fois où il lui ait résisté, ce fut pour reprendre le beau-fils de la pension, en 1952, au moment de la naissance de son propre fils. Les relations de rivalité et d'identification réciproque entre père et beau-fils pour la possession de la mère n'ont fait que croître par la suite. La mère restant toujours le personnage fort, et la victime excédée de leurs "mauvaises actions".

Mr. P... ne parle pas d'ailleurs de conflit ouvert avec ce beau-fils, mais de relations de "bon voisinage", comme furent les siennes avec son père. Quant à ses relations avec son propre fils, elles sont chaleureuses ; lui aussi corrige ses devoirs,

mais il s'efforce surtout de l'aider, ce qui lui permet d'exercer sur ce dernier un contrôle quotidien.

En 1952, le père de Mr. P... a contracté une tuberculose pulmonaire ; puis, on lui a découvert un diabète. Depuis, cet homme malade s'est mis à boire et actuellement "il est gaga". La mère de Mr. P... commencerait aussi à boire.

Mr. P..., qui ne traduit aucune émotion lorsqu'il en parle, dit simplement qu'il n'aime plus aller les voir dans la maison de province où ils se sont retirés. Quant à la grand'mère maternelle, elle est morte en 1955, mais ce renseignement est donné sur la demande ; il n'en parle pas spontanément.

Au total : Nous avons peu de renseignements sur le premier développement, mais nous pouvons présumer :

- que les difficultés liées au complexe d'Oedipe, chez Mr. P..., ont trouvé une entrave supplémentaire, un point de fixation dans la blessure effective du père. Blessure qui par identification directe est devenue une blessure narcissique, blessure contre laquelle il s'est défendu en adoptant plutôt une attitude globale d'identification féminine dans toute son existence.

- La culpabilité oedipienne est restée vive. Il a épousé une veuve (expression de son désir) et s'est acharné ensuite à s'éloigner de cette femme en voulant à tout prix garder près d'eux le fils de celle-ci.

- La déchéance secondaire du père par la maladie et l'alcoolisme a ravivé la blessure narcissique primitive. La déception dans la réalité que fut la non obtention de la prime de travail, représente l'événement inaugural de la maladie comme répétition de cette blessure. Par le mécanisme de l'introjection, propre à la dépression, il s'est partiellement iden-

tifié au père en devenant lui-même alcoolique. Mais le processus dépressif n'a pas été jusqu'au bout et Mr. P... a également employé le mécanisme du passage-à-l'acte pour également nier cette blessure, tout en la reconnaissant, l'acte condensant le désir (désir de tuer le père) et la punition de ce désir. C'est par ce mécanisme de dénégation que la dépression profonde est écartée, l'objet perdu ou décevant n'étant pas globalement introjecté.

- On peut supposer aussi que cette déception par le père a été d'autant plus pathogène qu'elle a succédé à une perte objectale réelle et probablement très importante, la mort de la grand'mère maternelle dont le deuil ne semble pas s'être fait normalement.

Mr. P... a rompu brutalement sa relation avec moi, - passage-à-l'acte encore -, par une lettre dont le contenu est caractéristique.

" Paris, ce 4-1-66.

"Mademoiselle,

"Ce petit mot pour vous annoncer que mes nouveaux horaires ne me permettront pas de me rendre Jeudi 6 courant à votre consultation.

"Je ne sais pour combien de temps durera cet emploi, aussi je pense qu'il est préférable de considérer, jusqu'à "contre-ordre" de ma part, comme suspendues nos rencontres hebdomadaires ; dès que j'aurai à nouveau des horaires possibles, je vous le ferai savoir.

"Etant dans l'impossibilité de vous présenter, ce que je regrette, de vive voix mes meilleurs voeux pour l'année nouvelle, je vous prie de les recevoir par l'intermédiaire de cette missive.

"Avec mes regrets pour ce contretemps, je vous prie de recevoir, Mademoiselle, mes respectueuses salutations."

Ce passage-à-l'acte représente à la fois:

1/- une fuite de la prise de conscience des conflits qui risquerait de provoquer une dépression ;

2/- une fuite de la culpabilité oedipienne qu'un rapprochement trop important avec moi ravive ;

3/- enfin, une fin de non-recevoir au don que représente le traitement, fin de non-recevoir caractéristique de la conduite pseudopathique.

CONCLUONS rapidement.

Vis-à-vis des fantasmes de désir et de la culpabilité qu'ils engendrent, les organisations défensives sont variées. Les fantasmes de désirs irréalisables provoquent par là même une blessure narcissique, ou castration, blessure normalement cicatrisée par le jeu des identifications aboutissant à l'intériorisation du "bon" objet compensateur.

Ce "bon" objet intériorisé, pour employer la terminologie de Mélanie KLEIN, est le garant de l'intégrité narcissique du sujet.

Dans certains cas, cette intégrité est toujours remise en cause :

- Elle est colmatée par une internalisation massive dans la dépression.

- Elle est colmatée par l'inflexion de la réalité dans le passage-à-l'acte, inflexion qui permet le renouvellement constant de l'acte symbolique représentant le désir.

C'est ainsi que ces deux modes de récupération narcissique peuvent souvent s'associer ou passer de l'un à l'autre, le passage-à-l'acte par rapport à la dépression étant lui-même un moyen défensif, et la répétition inlassable de ce mécanisme de défense témoigne de sa précarité ainsi que de la profondeur du conflit originel.

C O N C L U S I O N S

On est frappé par la fréquence du passage-à-l'acte et des réactions dépressives dans la clinique psychiatrique courante. Ces deux modes d'expression morbide, d'intensité variable, coexistent souvent chez le même sujet, soit simultanément, soit successivement, ce qui nous a amenée à tenter une étude comparative, en insistant plus particulièrement sur la psychopathologie des troubles en question et sur l'étude structurale des personnalités correspondantes.

Dans les deux cas, le fantasme prend le pas sur la réalité, fantasmes "vécus" dans la dépression, fantasmes "agis" dans le passage-à-l'acte.

En se limitant au point de vue psychanalytique, une très abondante littérature concerne ce sujet. FREUD et ABRAHAM en ont été les pionniers, avec, un peu plus tard, l'importante contribution de Mélanie KLEIN. Ces travaux premiers ont été repris par une quantité d'auteurs.

D'une manière schématique, nous pouvons dire que la culpabilité inconsciente se retrouve à la base des deux modes de réaction. Par rapport aux pulsions, la culpabilité est liée à l'agressivité, que celle-ci soit dirigée vers l'extérieur ou l'objet (sadisme) ou qu'elle soit dirigée vers l'intérieur ou le sujet (masochisme, pulsion de mort). La culpabilité, qui agit au travers du surmoi, apparaît comme le moteur essentiel dans la genèse des troubles. Mais c'est à propos de la genèse même de

cette culpabilité, que les difficultés, les tâtonnements, les polémiques se sont présentés. La culpabilité est normalement issue du complexe d'Oedipe. Ce fait, admis de tous et ne prêtant pas à discussion, ne suffit pas cependant à rendre compte de l'intensité de l'auto-agressivité.

FREUD, tardivement, a été amené à repenser ou plutôt à formuler une nouvelle théorie, pour expliquer la tendance compulsionnelle destructrice à la répétition.

Dans un article récent, un auteur argentin, Léon GRIMBERG, apporte une vue plus synthétique du problème qui nous a semblé englober les divergences de façon satisfaisante. A la manière de Mélanie KLEIN, il distingue deux sortes de culpabilité : une culpabilité persécutive, reliée très étroitement à l'instinct de mort, et une culpabilité dépressive, reliée à l'instinct de vie.

Les principaux éléments de la culpabilité persécutoire sont : ressentiment, désespoir, peur, douleur, autoreproches, etc... Les manifestations extrêmes en sont la mélancolie ou deuil pathologique et les passages-à-l'acte masochistes répétitifs et compulsionnels.

Les éléments dominants de la culpabilité dépressive sont le chagrin, l'anxiété concernant l'objet et le Moi, le regret, et le sentiment de responsabilité. C'est ce que nous voyons dans le deuil normal avec ses activités de sublimation, une critique, une réparation. Vivre signifie nécessairement souffrir une série de deuils ; grandir implique nécessairement des abandons successifs à certaines relations, et à chaque perte d'objet correspond simultanément une perte de parties du Moi, une angoisse quant à sa propre identité. Si cette angoisse est trop importante, le travail du deuil se trouve enrayé et nous observons les manifestations dépressives et les comportements masochistes de moindre intensité.

Finalement, l'élaboration permettant de surmonter le deuil, ou plutôt les deuils successifs, possible lorsque les facteurs constitutionnels et acquis sont suffisamment bons, permet au Moi de faire preuve de tendances réparatrices et constructives envers lui-même et parallèlement envers ses objets.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

L. MICHAUX

B I B L I O G R A P H I E

S. FREUD - Deuil et Mélancolie. (1917).
- Au-delà du principe de plaisir. (1920).
- Psychologie collective et analyse du Moi. (1921).
- Le Moi et le Ça. (1923).

K. ABRAHAM - Oeuvres complètes. (Payot, Tomes I et II).

Mélanie KLEIN - Essais de Psychanalyse. (Payot).

B. GRUNBERGER - Etude sur la dépression.- Revue Française de Psychanalyse, Tome XXIX, 1965, N° 2-3.

Symposium sur les états dépressifs (1954) - Evolution psychiatrique, 1955, fascicule III.

Colloque sur les états dépressifs (1959) - Congrès International de Psychanalyse à Copenhague.- Revue Française de Psychanalyse, Tome XXIII, 1959, N° 5 - Tome XXV, 1961, N° 4-5-6.

R. SPITZ - La première année de la vie de l'enfant.- P.U.F., 1963.

XIIIe Conférence des Psychanalystes de Langue Française (Criminologie). - Revue Française de Psychanalyse (1951), Tome XV, N° 1.

M. NEYRAUT, R. MAJOR - Personnalités psychopathiques.- Perspectives psychiatriques, 1963, N° 5.

E. TRILLAT - "Les déséquilibrés".- Encyclopédie médico-chirurgicale, 37310-A10.

- "Notes sur le passage-à-l'acte".- Mars 1965.